

**Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation :  
une montée en charge réussie sur le volet maternité,  
une meilleure coordination ville-hôpital sur l'orthopédie et l'insuffisance cardiaque**

Les programmes destinés à améliorer la prise en charge des patients en sortie d'hôpital se développent dans de nombreux pays occidentaux, au travers de différents leviers d'action. Pour la plupart, ces programmes s'articulent autour de la mise en place d'un **coordonnateur** chargé de gérer en amont la sortie du patient et d'organiser le suivi médical et social après son hospitalisation. Ainsi, **sous différentes formes, le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Suède et les Etats-Unis notamment ont déployé des initiatives dans ce sens.**

Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation mis en place par l'Assurance Maladie permet au patient qui le souhaite de pouvoir retourner chez lui lorsque son hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale, tout en bénéficiant d'une prise en charge à domicile.

**Il s'agit ainsi d'anticiper les besoins du patient liés à son retour chez lui et de fluidifier le parcours hôpital-ville.** Sur la base d'un protocole de prise en charge validé par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Assurance Maladie organise les rendez-vous avec les professionnels de santé libéraux choisis par le patient et mobilise les aides sociales éventuellement nécessaires pour faciliter le retour à domicile.

Le service a été, dans un premier temps, mis en place dans l'objectif d'accompagner les femmes après un accouchement. Il est aujourd'hui en cours de déploiement pour certaines interventions orthopédiques et expérimenté pour les patients qui ont vécu un épisode de décompensation cardiaque. **L'objectif : proposer aux assurés, en fonction de leur état de santé et de leurs souhaits, les conditions optimales de suivi au moment du retour à domicile après hospitalisation.**

***Accompagnement du retour à domicile après l'accouchement : plus de 120 000 femmes adhérentes au service depuis 2010***

**Près de 3 ans après son démarrage, le déploiement du programme d'accompagnement réservé aux jeunes mères après leur accouchement est très satisfaisant.** Depuis juillet 2013, sur l'ensemble du territoire, ce programme bénéficie à **3 femmes sur 10 ayant eu un accouchement par voie basse.** Avec **plus de 120 000 adhésions depuis 2010**, cette offre répond véritablement aux attentes des assurées concernées en leur permettant de retrouver leur cadre de vie habituel tout en étant suivies à leur sortie de la maternité. **91% des jeunes mères qui ont bénéficié de ce service se déclarent ainsi très satisfaites.**

L'Assurance Maladie a mené une **évaluation détaillée auprès de 100 000 femmes** dont près de 13 500 ayant bénéficié du service en 2012, afin de mesurer l'impact du programme en matière de parcours et de recours aux soins. **Cette évaluation met en lumière l'amélioration apportée par le service Prado en matière de prise en charge par une**

**sage-femme libérale dans les jours qui suivent la sortie de maternité mais aussi pour la réalisation de la rééducation post-natale dans les mois qui suivent.**

- Ainsi, les jeunes mères adhérentes bénéficient, dans les 12 jours qui suivent leur accouchement, **de près de 2 visites de sages-femmes contre seulement 0,5 visite parmi les femmes éligibles au service en 2012. Les bénéficiaires du service sont également plus nombreuses à réaliser la rééducation post-natale recommandée** avec un masseur-kinésithérapeute ou une sage-femme libérale.
- **Parallèlement, le suivi de la jeune mère et de son enfant par les autres professionnels de santé est aussi fréquent dans le cadre de l'adhésion au programme** : la prise en charge gynécologique d'une part et par le pédiatre ou le médecin traitant, d'autre part, est identique selon que la mère a bénéficié ou non du service d'accompagnement.
- Enfin, selon les données de l'Assurance Maladie, la durée de séjour des femmes bénéficiant du programme d'accompagnement du retour à domicile apparaît légèrement plus courte que celle des autres femmes éligibles observées : 3,98 jours versus 4,07 jours. **Le service de l'Assurance Maladie accompagne ainsi cette tendance à la baisse de la durée de séjour en maternité, en lui apportant le complément indispensable, une prise en charge de qualité à domicile.**

***Sortie d'hospitalisation après une intervention orthopédique et dans le cadre d'une insuffisance cardiaque : favoriser la continuité et la qualité des soins***

Au vu de ces résultats positifs, le programme se développe aujourd'hui et s'enrichit de manière progressive. Depuis 2011, **un second volet permet aux patients qui ont une intervention en chirurgie orthopédique de bénéficier d'une prise en charge à domicile** dès que leur hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale.

L'objectif est **d'optimiser la rééducation post-opératoire** en levant les freins qui peuvent exister à une prise en charge à domicile (organisation des rendez-vous avec les professionnels de santé libéraux, définition d'un protocole de prise en charge, aides ponctuelles au portage de repas...).

Après une expérimentation concluante, cette offre pourra être généralisée sur l'ensemble du territoire français au début de l'année 2014, dans le cadre des négociations à venir avec les professionnels de santé sur les soins de proximité.

Enfin, **dans le but de diminuer les taux de réhospitalisation et de mortalité des personnes hospitalisées pour décompensation cardiaque**, l'Assurance Maladie accompagne désormais la sortie d'hôpital de ces patients dans le cadre d'une expérimentation consacrée à l'insuffisance cardiaque, en lien avec le médecin traitant.

Ces deux derniers volets du service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation permettent ainsi de favoriser une **meilleure coordination ville-hôpital autour du médecin traitant**, pivot de la prise en charge du patient. De cette manière, ce service contribue à amplifier et à renforcer la **coopération entre les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé avec une réelle complémentarité des prises en charge au bénéfice des patients.**

Depuis la généralisation du volet maternité en 2012, un **comité dédié** associant des représentants des professionnels de santé, des établissements de santé et des usagers ainsi que de la Haute Autorité de Santé est chargé du suivi de ce programme, sur ses différents volets.

## *Et demain ?*

**Le déploiement des différents volets du service s'inscrit dans le cadre de la Stratégie nationale de santé et de la structuration actuelle des soins de proximité**, sous l'égide du Ministère de la Santé.

En 2014, ce service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation sera expérimenté pour la prise en charge à domicile **après une hospitalisation pour broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et pour les patients souffrant de plaies chroniques** (ulcères, escarres).

**L'Assurance Maladie souhaite ainsi contribuer à améliorer la prise en charge des personnes âgées en sortie d'hospitalisation.** L'analyse du processus de soins relatif à la BPCO<sup>1</sup> montre en effet que la problématique est très semblable à celle de l'insuffisance cardiaque, avec une possibilité d'améliorer la qualité de vie et de diminuer la fréquence des réhospitalisations grâce à un meilleur suivi à la sortie de l'hôpital.

**En 2014, plus de 200 000 assurés devraient être concernés par au moins l'un des volets du service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation proposé par l'Assurance Maladie (Prado).**

---

<sup>1</sup> « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014 », Rapport au Ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2014 (loi du 13 août 2004). Téléchargeable dans son intégralité : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2014.php>.

## I - Prado maternité : une généralisation en 2013, un succès qui se confirme

---

### A - Pourquoi un service d'accompagnement pour la jeune mère ?

Le volet maternité fut **le premier à être expérimenté dès 2010 dans 3 départements** : il s'agit d'un service personnalisé d'accompagnement de la jeune mère.

Les femmes majeures ayant accouché d'un enfant unique par voie basse sans complications ont désormais dans les maternités où le service est proposé, la possibilité, après accord de l'équipe médicale, de sortir de la maternité en bénéficiant d'un suivi à domicile assuré par une sage-femme libérale de leur choix<sup>2</sup>.

Ce service facultatif est présenté aux futures mères pendant la grossesse avec possibilité de se préinscrire dès sa déclaration de grossesse, notamment via son compte assuré, dans l'espace prévention personnalisé « J'attends un enfant » (voir annexe 3).

Ce programme a été mis en place sur la base de plusieurs constatations :

- **Une demande des assurées désirant retourner à leur domicile** pour retrouver un cadre de vie familial tout en bénéficiant d'une transition en douceur entre la maternité et la prise en charge seule de leur bébé. Selon les résultats de l'enquête menée par le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) sur 5 417 naissances, 38% des femmes jugent la durée de leur séjour en maternité « trop longue » et une jeune mère « primipare » sur 6 s'est sentie « désemparée ou argoisée » dans les premiers jours à la maison<sup>3</sup>.
- **Une tendance observée en France et en Europe depuis plusieurs années : celle d'un raccourcissement des durées d'hospitalisation avec l'évolution des techniques et le développement de la chirurgie ambulatoire.** C'est aussi le cas des séjours en maternité, mais dans les autres pays de l'OCDE, où la durée de séjour est sensiblement plus faible (cf. ci-dessous), des services d'accompagnement à domicile sont souvent organisés. La mise en place d'un accompagnement de la mère et de l'enfant à la sortie de la maternité doit donc permettre d'accompagner cette tendance à la baisse de la durée de séjour et d'améliorer le suivi post-hospitalisation.

En France, la durée moyenne de séjour après un accouchement normal est relativement élevée par rapport aux autres pays de l'OCDE (4,3 jours en France contre 3,1 dans les autres pays selon une étude portant sur 32 pays de l'OCDE publiée en 2009). Dans presque tous les pays de l'OCDE, la durée moyenne de séjour pour un accouchement normal a diminué au cours des dix dernières années, passant en moyenne de 4,3 jours en 1995 à 3,1 jours en 2009<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Cf. Descriptif complet du service en annexe 1.

<sup>3</sup> Communiqué de presse du CIANE du 2 novembre 2012 - [http://ciane.net/blog/2012/11/sortie-de-maternite-et-bien-etre-des-femmes/#\\_ftn1](http://ciane.net/blog/2012/11/sortie-de-maternite-et-bien-etre-des-femmes/#_ftn1).

<sup>4</sup> Sources : Panoramas de la santé 2009 et 2011, Les indicateurs de l'OCDE.

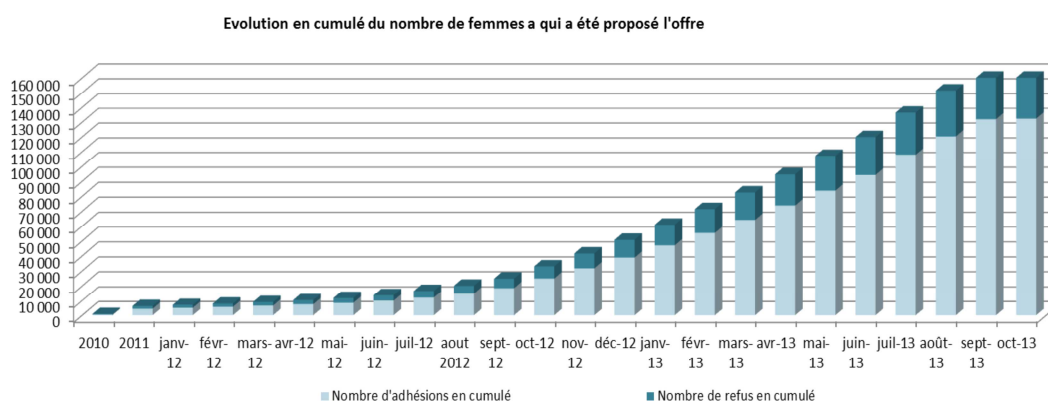
## B - Plus de 120 000 femmes adhérentes depuis 2010

Après une expérimentation réussie, ce service d'accompagnement novateur qu'est Prado maternité a été généralisé en 2013, avec, depuis le début de cette année, **plus de 100 000 femmes ayant adhéré à l'offre proposée par l'Assurance Maladie.**

Depuis la création du service, plus de 160 000 femmes ont bénéficié de la présentation de l'offre, parmi lesquelles plus de 120 000 y ont souscrit, soit un taux d'adhésion de 79%.

Les principaux motifs de refus sont l'existence d'un suivi déjà organisé et le fait d'avoir déjà de l'expérience avec plusieurs enfants à charge.

### Évolution du programme depuis son lancement à fin octobre 2013



Depuis juillet 2013, 2 femmes sur 10 ayant accouché ont bénéficié du service d'accompagnement du retour à domicile quel que soit leur mode d'accouchement et **3 femmes sur 10 pour les accouchements par voie basse.**

Par ailleurs, 3 197 sages-femmes sur les 3 842 installées en libéral ont pris en charge au moins une patiente dans le cadre du programme depuis le début de l'année 2013.

Depuis son expérimentation en 2010, ce service d'accompagnement rencontre un accueil positif auprès des jeunes mères, en répondant à un besoin bien réel. Le bilan de satisfaction réalisé par l'Assurance Maladie à l'issue du programme a montré que **91% des femmes concernées sont « très satisfaites »** et 9% « plutôt satisfaites »<sup>5</sup>.

Pour ces patientes, ce service apporte une **vraie valeur ajoutée** dans le cadre des premières relations avec leur enfant : elles ressentent moins de fatigue après l'accouchement et bénéficient d'une prise en compte du cadre de vie dans lequel elles élèveront ensuite leur bébé.

Ces éléments sont cohérents avec les conclusions de l'enquête « Sortie de maternité et bien-être des femmes » réalisée par le CIANE en novembre 2012<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Données déclaratives issues de la saisie des conseillers de l'Assurance Maladie après un bilan de satisfaction mené 12 jours après l'accouchement.

<sup>6</sup> Cf. note 3.

## C - Profil type de la jeune maman adhérent au programme en 2013

En moyenne, l'adhérente au service est âgée de **30 ans**.

**Dans 60% des cas, la jeune maman qui bénéficie du programme en 2013 accouche de son premier enfant.** Ce résultat s'explique sans doute par un besoin d'accompagnement à domicile plus important dans le cadre d'une première grossesse.

Les mères de deux enfants représentent 25% des adhérentes au programme en 2013, cette proportion s'élève à 15% pour les mères de trois enfants et plus.

## D - Un service désormais disponible dans 102 caisses, ouvert aux assurées et ayant-droit de l'ensemble des régimes<sup>7</sup>

En octobre 2013, le service est proposé par 102 caisses (99 CPAM et 3 CGSS). Parmi celles-ci, 31 ont déployé le service dans toutes les maternités du département. Par ailleurs, le service est également proposé aux assurées des autres régimes d'assurance maladie (Mutualité Sociale Agricole, Régime Social des Indépendants, mutuelles de fonctionnaires comme la MGEN...).

**L'offre de service est ainsi proposée dans 328 établissements, qui couvrent plus de 60% des accouchements physiologiques sur l'ensemble du territoire.**

Seules quelques caisses (4) n'ont pas lancé le service, principalement en raison de la démographie médicale du département concerné (nombre insuffisant de sages-femmes libérales en exercice).

## E - Une évaluation menée pour mesurer l'impact du programme sur le parcours de soins des jeunes mères et de leurs nouveau-nés

Le programme d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation prévoit, sur ses différents volets (maternité, orthopédie et insuffisance cardiaque), **une évaluation annuelle détaillée**. L'objectif est en effet de mesurer **l'impact du programme sur le recours aux soins des patients adhérents et sur leur parcours**, à partir des données de remboursements issues du Sniiram et du PMSI.

**Une évaluation approfondie a été menée sur le volet maternité, qui a bénéficié dès 2012 à un nombre élevé de jeunes mères.**

Elle porte sur la **période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre 2012** et sur **155 maternités, publiques et privées**.

La méthodologie développée<sup>8</sup> intègre **plusieurs sous-groupes distincts de femmes** afin de croiser et comparer les résultats obtenus :

- Femmes adhérentes, ayant bénéficié du service (13 481 femmes) ;
- Femmes n'ayant pas adhéré au service après présentation de l'offre (5 785 femmes) ;

<sup>7</sup> Patientes du Régime Général, MSA, RSI et de 4 mutuelles de fonctionnaires (MGEN, La Mutuelle générale, MFP Services et Intériale).

<sup>8</sup> Cf. méthodologie détaillée en annexe.



- Femmes éligibles au service en 2012, c'est-à-dire patiente majeure ayant accouché par voie basse sans complication avec un nouveau-né en bonne santé (30 464 femmes) ;
- Femmes éligibles en 2011 (41 704 femmes).

La période d'observation, pour chaque jeune mère et nouveau-né, s'étend du jour d'entrée dans la maternité à la fin du 6<sup>ème</sup> mois suivant l'accouchement.

### *Un parcours de soins amélioré*

- **Les données de l'évaluation menée montrent un recours aux sages-femmes libérales nettement plus élevé parmi les adhérentes au service d'accompagnement du retour à domicile** : les jeunes mères bénéficient, dans les 12 jours qui suivent l'accouchement **de près de 2 visites de sages-femmes (1,96) contre seulement 0,55 visite parmi les femmes éligibles au service en 2012.**  
En moyenne, les femmes adhérentes réalisent ainsi les **2 visites recommandées**, conformément au référentiel validé par la Haute Autorité de Santé.  
En outre, l'adhésion au service permet un réel suivi à domicile par une sage-femme libérale, dans les jours qui suivent l'accouchement et le retour à la maison, **dont on voit que peu de jeunes femmes éligibles bénéficient actuellement dans les faits.**  
Dans le détail, 46% des patientes adhérentes bénéficient de 2 visites de sages-femmes, 40% d'1 visite et 14% en reçoivent 3 ou davantage. Parmi ces adhérentes, 38% connaissent déjà leur sage-femme.
- L'évaluation menée par l'Assurance Maladie mesure et compare également, au sein des différents sous-groupes, **le suivi gynécologique** : en effet, le parcours maternité recommandé comprend une consultation obligatoire gynécologique de suivi post-natal dans les 60 jours qui suivent l'accouchement.  
En moyenne, **on enregistre 1,05 ou 1,06 consultation effectuée par un gynécologue par jeune mère consommatrice<sup>9</sup>**, c'est-à-dire parmi les femmes ayant eu au moins un contact avec un gynécologue durant la période de la visite post-natale. **Les résultats sont similaires dans les différents sous-groupes de femmes de la population étudiée.**  
Cependant, si l'on observe **l'effectif global de jeunes mères, environ 40% d'entre elles ont eu une consultation avec un gynécologue durant la période de la consultation obligatoire de suivi post-natal mais ce taux est plus élevé parmi les adhérentes au service d'accompagnement du retour à domicile** : 46% d'entre elles ont consulté leur gynécologue sur la période suivie **(+ 6 points par rapport aux femmes éligibles).**
- **Le suivi médical du nouveau-né par un pédiatre et/ou un médecin généraliste apparaît identique** dans les différents sous-groupes de femmes observées avec 1,97-1,98 consultation par un pédiatre et/ou un médecin généraliste par nouveau-né, entre le 13<sup>ème</sup> jour et le 60<sup>ème</sup> suivant l'accouchement (2 consultations obligatoires inscrites dans le parcours maternité).
- **S'agissant de la rééducation périnéale post-natale recommandée dans le cadre du parcours maternité, les femmes ayant bénéficié du service d'accompagnement sont plus nombreuses à réaliser les séances de rééducation** que les autres groupes observés : **60% versus 51%** pour les femmes éligibles en 2012.

<sup>9</sup> La consultation obligatoire post-natale peut être réalisée par le gynécologue, le médecin traitant ou une sage-femme lorsque l'accouchement s'est déroulé par voie basse et sans aide instrumentale. L'évaluation menée mesure le suivi par un gynécologue, les consultations du médecin traitant ou de la sage-femme réalisées dans ce cadre ne pouvant être tracées et isolées dans les bases de données de l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, le nombre de séances effectuées est légèrement supérieur parmi les adhérentes : **8,6** séances par femme versus **8,5** pour les éligibles.

| Recours aux soins   | Femmes adhérentes<br>(N = 13 481) | Femmes n'ayant pas bénéficié du service après présentation de celui-ci<br>(N = 5 785) | Femmes éligibles en 2012<br>(N = 30 464) | Femmes éligibles en 2011<br>(N = 41 704) |
|---|-----------------------------------|---|--|--|
| Visite d'une sage-femme libérale  | 1,96 visite par femme             | 0,34 visite par femme   | 0,55 visite par femme                    | 0,49 visite par femme                    |
| Consultation gynécologique  | 1,05 consultation                 | 1,06 consultation   | 1,06 consultation                        | 1,06 consultation                        |
| Consultation pédiatre et/ou médecin généraliste                           | 1,97 consultation                 | 1,90 consultation   | 1,97 consultation                        | 1,98 consultation                        |
| Rééducation post-natale par une sage-femme ou un masseur-kinésithérapeute | 8,6 séances                       | 8,41 séances  | 8,47 séances                             | 8,53 séances                             |
| Durée moyenne de séjour   | 3,98 jours                        | 4,03 jours  | 4,07 jours                               | 4,07 jours                               |

Au total, l'évaluation réalisée par l'Assurance Maladie permet de suivre le recours effectif et le parcours de soins réel des jeunes mères, adhérentes ou non au service d'accompagnement à domicile après un accouchement.

**Elle met en lumière l'amélioration apportée par ce service en matière de prise en charge par une sage-femme libérale dans les jours qui suivent la sortie de maternité mais aussi pour le suivi de la rééducation post-natale, à plus long terme.**

**Parallèlement, le suivi de la jeune mère et de son enfant par les autres professionnels de santé est aussi fréquent dans le cadre de l'adhésion au programme** : la prise en charge gynécologique d'une part et par le pédiatre ou le médecin traitant, d'autre part, est identique selon que la mère a bénéficié ou non du service d'accompagnement.

### ***Un séjour à la maternité légèrement plus court***

Les résultats de l'analyse menée montrent, comme cela a été constaté depuis plusieurs années, une tendance au raccourcissement de la durée du séjour en maternité : ainsi, celle-ci est passée de 4,2 jours en 2011 pour les accouchements uniques et physiologiques à 4,16 jours en 2012.

Sur la période observée de janvier à octobre 2012, **la durée de séjour en maternité des femmes ayant bénéficié du service d'accompagnement du retour à domicile est légèrement inférieure à 4 jours (3,98 jours).**

Elle s'élève respectivement à :

- **Près de 4,1 jours (4,07) pour les femmes éligibles** au programme en 2012 ;
- **Et à 4,03 jours pour celles à qui le service a été proposé** mais qui n'ont pas souhaité en bénéficier.

Pour les femmes ayant accouché de leur premier enfant, cet écart est plus marqué avec une durée moyenne de séjour de 4,3 jours parmi les adhérentes au service et de 4,5 jours pour les femmes éligibles. Inversement, les durées de séjour des femmes ayant 2 enfants ou plus sont voisines avec un écart de 0,04 jour seulement entre adhérentes et femmes éligibles (3,7 versus 3,74 jours).



**Ainsi, la durée de séjour des femmes bénéficiant du programme d'accompagnement du retour à domicile apparaît légèrement plus courte que celle des autres femmes éligibles observées.**

Ce dispositif permet, en effet, aux femmes qui le souhaitent, de disposer de la possibilité de séjourner moins longtemps à la maternité tout en bénéficiant en parallèle d'un suivi de qualité chez elle, dans leur environnement. Il répond aux attentes exprimées dans ce domaine et en matière de suivi post-natal par une part significative de femmes.

On constate parallèlement une **diminution du recours à l'hospitalisation à domicile (HAD)** pour des accouchements physiologiques depuis 2011, alors que celle-ci progressait depuis plusieurs années. Un des objectifs du service développé par l'Assurance Maladie était, de fait, face à cette progression, de mieux cibler le recours à ce dispositif d'HAD, destiné aux femmes ayant souffert de complications, pour les grossesses multiples ou lorsque l'enfant est atteint de certaines pathologies.

### A - Présentation du dispositif

Dans la lignée du service d'accompagnement du retour à domicile après un accouchement, l'Assurance Maladie permet désormais aux patients **qui ont une intervention de chirurgie orthopédique (programmée ou non), de bénéficier d'une prise en charge à domicile dès que leur hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe soignante.**

**Cette démarche s'accompagne de l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) visant à promouvoir une prise en charge de qualité des patients concernés.**

**L'Assurance Maladie inscrit ainsi son action dans le cadre de la Stratégie nationale de santé et de la structuration des soins de proximité.**

Ce volet répond à un double objectif :

- **Améliorer l'efficacité du suivi post-hospitalisation en adaptant les modalités de prise en charge aux besoins du patient** (le recours aux soins de suite et de réadaptation - SSR - est très hétérogène, avec un taux variant de 25% à 61% suivant les régions pour l'opération de la hanche par exemple).
- **Adapter et renforcer ce suivi post-hospitalisation en accompagnant l'évolution des techniques médicales qui favorisent le développement des pratiques en ambulatoire et des hospitalisations plus courtes.**  
De cette manière, l'Assurance Maladie permet au patient de disposer d'un accompagnement à domicile assuré par les professionnels de santé de ville, afin de permettre une continuité de la prise en charge tout en évitant de recourir à des structures inadaptées par rapport aux besoins initiaux.

**Lancé en 2011, ce volet orthopédie est en phase d'expérimentation dans 30 départements français. Il pourra être généralisé progressivement d'ici à 2014 en liaison avec les différentes professions médicales et paramédicales concernées.**

Cette expérimentation s'adresse à des patients ayant subi l'une des 6 interventions orthopédiques suivantes :

- ➔ **4 programmées :**
  - Réparation chirurgicale des ruptures de la coiffe des rotateurs
  - Prothèse totale de hanche (première intention)
  - Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou
  - Prothèse totale de genou (première intention)
- ➔ **2 traumatologiques :**
  - Ostéosynthèse fracture trochantérienne du fémur
  - Prothèse de hanche pour fracture du col

Ces interventions ont été ciblées pour différentes raisons, notamment une volumétrie suffisante (25% des interventions orthopédiques) ou un taux de recours plus élevé que la moyenne aux soins de suite et de réadaptation. Par ailleurs, elles font partie de la liste des

interventions pour lesquelles la HAS estime qu'un recours à une hospitalisation en établissement de SSR n'est pas systématique<sup>10</sup>.

Le caractère programmé/non programmé a été retenu pour l'expérimentation afin de pouvoir étudier les différences d'organisation pour le retour à domicile dans ces deux groupes.

## B - En pratique

Le programme contient **5 étapes principales** pour lesquelles les actions et les responsabilités de chaque acteur sont bien déterminées. Il s'intègre dans une démarche globale de prise en charge du patient, débutant avant l'intervention pour s'achever au retour à domicile effectif de ce dernier.

Avant l'intervention, l'équipe médicale peut informer le patient de l'existence du programme, lui remettre une plaquette d'information et le préinscrire s'il le souhaite.

Pendant l'hospitalisation, l'éligibilité au programme du patient opéré est évaluée par l'équipe médicale de l'établissement sur des critères médicaux objectifs et sociaux. Elle peut être revue tout au long du séjour de l'assuré.

Une fois l'éligibilité définie, **le patient reçoit la visite d'un conseiller de l'Assurance Maladie qui lui présente l'offre et lui propose la liste** (issue d'ameli-direct, comme dans le cadre du service consacré à la maternité) **de masseurs-kinésithérapeutes et d'infirmiers libéraux** afin qu'il puisse faire son choix parmi les professionnels de santé adéquats, s'il n'en connaît pas déjà.

Le conseiller de l'Assurance Maladie **informe le médecin traitant** du patient que ce dernier a accepté de rejoindre le programme puis prend rendez-vous avec les professionnels de santé de ville.

Au retour à domicile, **la prise en charge du patient est réalisée par le professionnel de santé** (au domicile ou au cabinet du professionnel de santé, selon les prescriptions de l'équipe médicale hospitalière).

**Le conseiller de l'Assurance Maladie appelle le patient le lendemain de son retour et en fin de prise en charge** pour effectuer un bilan. En dehors de ces appels, l'assuré peut joindre son conseiller pour toute question d'ordre administratif dès qu'il le souhaite.

Pour toutes les questions d'ordre médical, comme c'est également l'usage pour le volet maternité, il est conseillé au patient de joindre l'équipe médicale de l'établissement, son médecin traitant ou les professionnels de santé qui le suivent. **A aucun moment, le conseiller de l'Assurance Maladie ne se substitue à un membre de l'équipe médicale.**

Par ailleurs, ce volet orthopédie revêt une spécificité particulière : **une offre complémentaire d'aide à la vie pour les patients qui ont temporairement besoin d'un soutien à la vie quotidienne.** Le principe est simple : l'équipe médicale ou le service social de l'établissement évalue les besoins du patient. Cette aide consiste en une aide-ménagère et/ou un portage de repas modulable jusqu'à 20 heures par mois, renouvelable pour une durée maximale de trois mois. Cette offre a été élaborée en partenariat avec la CNAV qui propose une aide analogue (l'ARDH) pour les patients retraités, sur la base d'un dossier de

---

<sup>10</sup> Recommandations de la HAS du 29 mars 2006 établies par consensus formalisé portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L.6111-2 du CSP. (revues en 2008)

demande d'aide commun. A ce jour, 17% des assurés concernés par ce programme ont bénéficié de cette aide à la vie.

### **C - Expérimenter avant de généraliser**

L'expérimentation de ce service a débuté dans **10 départements** à compter de décembre 2011 puis a été étendue en 2013.

Un premier bilan auprès des chirurgiens orthopédistes et des patients a montré leur intérêt pour le programme et leur satisfaction, incitant l'Assurance Maladie à poursuivre son déploiement.

Ce bilan a notamment permis de constater que 97% des chirurgiens orthopédistes ont une opinion favorable de ce programme et que 94% d'entre eux considèrent qu'il s'agit d'une valeur ajoutée pour le patient.

**Aujourd'hui, 21 départements proposent effectivement ce service, dans 43 établissements.**

La généralisation progressive du programme en France entière est attendue en 2014 avec une extension aux interventions orthopédiques pour lesquelles la HAS estime que les soins de suite et la rééducation ne nécessitent pas de manière générale de recourir à une hospitalisation<sup>11</sup>. **Sur l'ensemble du territoire, le nombre de patients qui pourraient relever de ce service est estimé à 150 000.**

Des supports destinés aux professionnels de santé, masseurs kinésithérapeutes et infirmières, ont été élaborés pour décrire les modalités de prise en charge des patients au retour à domicile et les sensibiliser à une meilleure qualité des soins.

Pour le moment, seuls les assurés du Régime général sont concernés. Néanmoins, dès que la généralisation sera lancée, les autres régimes pourront rejoindre le programme.

### **D - Le patient adhérent : profil type et niveau de satisfaction**

Depuis le démarrage du programme, **433 adhésions ont été enregistrées sur la base de 543 présentations du service**, soit un taux d'adhésion de 80%.

**55% de ces adhérents sont des femmes, pour 45% d'hommes.**

Du fait de la nature même des opérations concernées, l'âge moyen des assurés est relativement élevé : **67 ans par exemple pour la pose de prothèse de hanche ; 61 ans pour l'intervention liée à l'épaule ou au genou.**

**Comme pour le volet maternité, l'accueil est positif autour de ce service** : le bilan mené par l'Assurance Maladie a montré que **83% des patients concernés sont « très satisfaits »** et 15% « plutôt satisfaits » par ce programme<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Recommandations de la HAS du 29 mars 2006 établies par consensus formalisé portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L.6111-2 du CSP (revues en 2008).

<sup>12</sup> Données déclaratives issues des conseillers de l'Assurance Maladie après un bilan de satisfaction menée 15 jours suite à la fin de l'hospitalisation.

### III - Insuffisance cardiaque : en expérimentation depuis mai 2013

---

#### A - Présentation du dispositif

La population des insuffisants cardiaques (400 000 personnes du Régime général identifiées) se caractérise par des taux élevés de réhospitalisation et de mortalité à moyen terme<sup>13</sup>.

60 796 personnes hospitalisées pour décompensation cardiaque sont retournées à domicile en 2010. Un tiers d'entre elles (34%) a été réhospitalisé pour décompensation cardiaque et au moins une autre fois pour un autre motif dans les 6 mois (certains patients ont donc été hospitalisés plusieurs fois). 16% de ces personnes sont décédés dans les 6 mois suivant l'hospitalisation.

Afin de diminuer ces taux de réhospitalisation et de mortalité, l'Assurance Maladie a souhaité proposer, comme c'est le cas Outre-Rhin, **une offre de suivi à domicile sur une période de 6 mois suivant l'hospitalisation, ce qui correspond à la période à plus fort risque pour les patients concernés.**

De manière concrète, il s'agit d'accompagner la sortie d'hôpital de patients ayant vécu un épisode de décompensation cardiaque en améliorant le lien entre l'hôpital et les professionnels de ville (cardiologue, médecin traitant et infirmier libéral), ainsi que la qualité de vie du patient.

#### B - En pratique

Comme pour les volets maternité et orthopédie, le conseiller de l'Assurance Maladie propose aux patients déclarés éligibles par l'équipe médicale de bénéficier du suivi à domicile. Si ces derniers acceptent, il les met alors en relation avec les professionnels de ville de leur choix et organise les premiers rendez-vous. L'aide à la vie peut être également proposée aux patients qui le nécessitent.

Au vu des pathologies concernées, **l'accompagnement est prévu sur une durée plus longue que pour les deux autres volets du service, soit 6 mois.**

Durant les 2 premiers mois, l'assuré rencontre son médecin traitant dans les 8 jours qui suivent sa sortie de l'hôpital et l'infirmier(ère) intervient toutes les semaines à domicile (surveillance clinique et éducation). Le patient consulte également son cardiologue au bout d'un mois.

**A 2 mois, le médecin traitant réalise une consultation longue** qui va lui permettre d'évaluer la situation de son patient (en concertation avec l'infirmier(ère) et le cardiologue) et de moduler la poursuite de l'accompagnement. Pour les cas les plus complexes, les visites de l'infirmier(ère) se poursuivent pendant 4 mois, les autres patients bénéficiant d'un envoi de courriers de rappel des messages éducatifs.

Un **carnet de suivi**, remis au patient, facilite le suivi des RDV avec les professionnels de santé, le développement de l'auto surveillance et sert de support éducatif. Ce carnet est également un outil de communication entre l'infirmier, le médecin traitant et le cardiologue.

---

<sup>13</sup> Source : PMSI 2010.

L'ensemble du programme et des outils inhérents à ce volet a été réalisé **en partenariat avec la Société Française de Cardiologie (SFC)** et s'appuie sur les **recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)**.

### **C - Point sur l'expérimentation**

L'expérimentation de ce volet a débuté à la fin du mois de mai 2013 à Bordeaux et concerne actuellement 5 autres sites qui se sont lancés progressivement depuis (Strasbourg, Amiens, Rennes, Rouen et Nancy).

**Une dizaine d'établissements ont été choisis** sur des critères de volumétrie et en accord avec la Société Française de Cardiologie (SFC)

A ce jour, plus de 100 patients ont bénéficié de ce programme.

Un premier bilan qualitatif du service sera réalisé à la fin de l'année 2013. L'étude de l'impact, notamment en matière de consommation de soins et de ré-hospitalisation, est prévue pour la fin 2014.



### Annexe 1 - Présentation du dispositif de retour à domicile après un accouchement

La future mère est sensibilisée au programme pendant sa grossesse par différents canaux disponibles (guide maternité de l'assurance Maladie, information sur ameli, mon compte, directement par les professionnels de santé..) avec possibilité de se préinscrire.

Pendant l'hospitalisation de la jeune mère, l'équipe médicale va décider de l'éligibilité au programme du couple mère-enfant et de la date de sortie.

Un conseiller de l'Assurance Maladie va présenter l'offre à la patiente et lui proposer dans le même temps de faciliter ses démarches administratives auprès de la caisse (ex : affiliation du nouveau-né et double rattachement...).

Si l'assurée ne connaît pas déjà une sage-femme, elle la choisit ensuite à l'aide de la liste de l'ensemble des sages-femmes de la circonscription et des circonscriptions limitrophes (issue d'ameli-direct) présentée par le conseiller de l'Assurance Maladie. La patiente signe un bulletin d'adhésion pour valider son inscription.

Une fois de retour chez elle, le programme prévoit que la patiente bénéficie de deux visites de sage-femme. Cette dernière s'occupera aussi bien du nouveau-né que de la mère. Le contenu des visites des sages-femmes est déterminé par un référentiel validé par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le conseiller de l'Assurance Maladie appellera ensuite l'assurée afin de vérifier que la première visite a bien eu lieu, et 12 jours après son accouchement pour faire un bilan.

Pendant toute la durée du programme, le conseiller de l'Assurance Maladie est un interlocuteur administratif du patient et il n'interfère en aucun cas avec les professionnels de santé. Pour toute question d'ordre médical, la patiente est orientée vers son médecin traitant et/ou les autres professionnels de santé qui la suivent.

Ce suivi à domicile après un accouchement s'intègre dans le parcours maternité proposé par l'Assurance Maladie.

## **Annexe 2 - Méthodologie de l'évaluation réalisée sur le volet maternité**

L'évaluation menée par l'Assurance Maladie sur le volet maternité a été réalisée à partir des données du Sniiram et du PMSI (données 2012)<sup>14</sup>.

### **Période :**

Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre 2012.

### **Critères de sélection :**

- Mère âgée de 18 ans et plus ;
- Séjour hospitalier correspondant à un « accouchement par voie basse sans complication significative » ;
- Nouveau-né sans « problème significatif ».

La méthodologie développée intègre **plusieurs sous-groupes distincts de femmes** afin de croiser et comparer les résultats obtenus :

- Femmes adhérentes, ayant bénéficié du service (13 481 femmes) ;
- Femmes n'ayant pas adhéré au service après présentation de l'offre (5 785 femmes) ;
- Femmes éligibles au service en 2012, c'est-à-dire patiente majeure ayant accouché par voie basse sans complication avec un nouveau-né en bonne santé (30 464 femmes) ;
- Femmes éligibles en 2011 (41 704 femmes).

### **Nombre de maternités concernées :**

155 maternités, publiques et privées, dans 79 caisses primaires.

### **Période d'observation :**

**Pour chaque jeune mère et nouveau-né :** du jour d'entrée dans la maternité à la fin du 6<sup>ème</sup> mois suivant l'accouchement.

---

<sup>14</sup> Disponibilité du PMSI 2012 au 01/07/2013

## Annexe 3 - Volet maternité : pré-inscription en ligne au service pour les femmes enceintes

Espace prévention personnalisé « J'attends un enfant », pour les femmes enceintes, dans le compte Ameli :

Bonjour [REDACTED]

[Me déconnecter](#)

Jeudi 08 mars

### LE SERVICE DE RETOUR À DOMICILE DE L'ASSURANCE MALADIE

#### ME PRE-INSCRIRE

Je souhaite me pré-inscrire au service de retour à domicile. Pour en savoir plus sur ce service et sur le rôle de mon conseiller, je consulte la [brochure](#)

L'adresse email qui sera communiquée à mon conseiller est la suivante [REDACTED]

Pour la modifier, je clique [ici](#)

Pour mieux m'accompagner, mon conseiller a besoin de connaître quelques informations supplémentaires :

Mon numéro de téléphone :

L'établissement dans lequel j'ai prévu d'accoucher (si je le connais déjà) :

*Note : Ce nouveau service proposé par l'Assurance Maladie est en cours de déploiement et n'est pas encore proposé dans tous les établissements de soins. Pour avoir plus d'informations, je me renseigne auprès d'un conseiller de l'Assurance Maladie*

*Note : ces informations ne seront utilisées que dans le cadre des échanges avec mon conseiller. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Ces droits s'exercent auprès de votre caisse d'Assurance Maladie*

[Annuler](#)

[Envoyer](#)



#### Après mon accouchement

L'assurance Maladie me propose un nouveau service pour faciliter mon retour à domicile avec la sage femme libérale de mon choix.

*Attention : ce service, aujourd'hui proposé dans certains établissements, est destiné aux femmes après un accouchement sans complication.*

[Télécharger la brochure \(pdf\)](#)  
[Contacter mon conseiller](#)  
[Choisir une sage-femme](#)